

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1921-1922

N° 154

LA

MÉSENTÉRITE RÉTRACTILE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Juillet 1922

PAR

André-Jean-Frédéric DAUBIGNY

Né à Chatelus-Malvaleix (Creuse), le 9 septembre 1896.

Examineurs de la Thèse

{	MM. DENUCÉ, professeur	<i>Président.</i>
	PRINCETEAU, professeur ...	{ <i>Juges.</i>
	DUVERGEY, agrégé	
	ROCHER, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

47, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 47

1922

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922

N° 154

LA

MÉSENTÉRITE RÉTRACTILE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Juillet 1922

PAR

André-Jean-Frédéric DAUBIGNY

Né à Chatelus-Malvaleix (Creuse), le 9 septembre 1896.



Examineurs de la Thèse

{	MM. DENUCÉ, professeur.....	<i>Président.</i>
	PRINCETEAU, professeur...	{ <i>Juges.</i>
	DUVERGEY, agrégé.....	
	ROCHER, agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIERE, 17

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

MM.			MM.
Clinique médicale.....	ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie....	MANDOUL.
	CASSAET.	Médecine expérimentale...	FERRÉ.
Clinique chirurgicale...	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique...	LAGRANGE
	VILLAR.	Clinique chirurgicale infan-	
Pathologie et thérapeu-		tile et orthopédie.....	DENUCÉ.
tique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchem ^{ts} .	RIVIÈRE.	Clinique médicale des mala-	
Anatomie pathologique		dies des enfants.....	MOUSSOUS.
et microscopie clini-		Chimie biologique et médi-	
que.....	SABRAZÈS.	cale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique..	SIGALAS.
Anatomie générale et		Médecine coloniale et cli-	
histologie.....	G. DUBREUIL.	nique des maladies exoti-	
Physiologie.....	PACHON.	ques.....	LE DANTEC.
Hygiène.....	AUCHE.	Clinique des maladies cula-	
Médecine légale et déon-		nées et syphilitiques....	W. DUBREUILH.
tologie.....	VERGER.	Clinique des maladies des	
Physique biologique et		voies urinaires.....	POUSSON.
clinique d'électricité		Clinique des maladies ner-	
médicale.....	BERGONIE.	veuses et mentales.....	ABADIE.
Chimie.....	CHELLE.	Clinique d'oto-rhino-laryn-	
Botanique et matière mé-		gologie.....	MOURE.
dicale.....	BEILLE.	Toxicologie et hygiène appli-	
Pharmacie.....	DUPOUY.	quée.....	BARTHE.

MM. PRINCETEAU. — GUYOT. — LABAT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie et embryolo-	N.		LEURET.
gie.....	N.	Médecine générale.....	DUPERIE.
Histologie.....	LACOSTE (chargé).		CREYX.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	MICHELEAU.
Anatomie pathologique.	MURATET.	Médecine légale.....	PERRENS.
Parasitologie et sciences	R. SIGALAS (chargé).		LANDE.
naturelles.....	N.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
Physique biologique et			DUVERGEY.
médicale.....	RÉCHOU.		PAPIN.
Chimie biologique et		Obstétrique.....	PERY.
médicale.....	N.		FAUGÈRE.
	PETGES.	Ophtalmologie.....	TEULIERES.
Médecine générale.....	J. CARLES.	Pharmacie.....	N.
	MAURIAC.		

CHARGÉS DE COURS :

Cours de Clinique dentaire.....		MM. CAVALLÉ.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie.....		CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....		VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.....		PERY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....		CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture.....		ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale....		SELLIER.
Cours complément ^{re} de Démonstrations et Préparations pharmaceut.		LABAT.
Cours complémentaire de Chimie.....		RANGIER.
Cours complémentaire de Vénérologie.....		PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....		MAURIAC.
Cours complémentaire d'Orthopédie chez l'adulte, pour les acciden-		
tés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....		ROCHER.
Cours complément ^{re} annexe. — Prothèse et rééducation profession ^{lle}		GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de mon affection et
de ma profonde gratitude.

Que leur vie de labeur me soit toujours
un exemple au cours de ma carrière.

A MA TANTE

A MA GRAND'MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

TROP TÔT ARRACHÉS A NOTRE AFFECTION

A QUELQUES AMIS

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUVERGEY

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE DENUCÉ

*Professeur de Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie à la Faculté
de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

LA

MÉSENTÉRITE RÉTRACTILE

INTRODUCTION

Lorsque M. le professeur agrégé Duvergey voulut bien nous donner comme sujet de thèse : De la méésentérite rétractile, dont il avait observé un cas aux armées, au Centre chirurgical du 3^e secteur, il ne se doutait certes pas que le hasard allait lui présenter quelques jours plus tard, sur la table d'opérations, un nouveau cas de cette affection, rare relativement, puisque nous n'avons pu en relever qu'une vingtaine de cas.

Cette nouvelle observation allait enrichir notre étude et nous permettre de nous intéresser personnellement à un cas au moins de l'affection que nous allions décrire.

Que M. le professeur agrégé Duvergey veuille bien nous permettre de le remercier ici des directives qu'il nous a données pour la conduite de notre travail.

Nous remercions également M. le professeur agrégé Mauclair, de Paris, des renseignements qu'il a bien voulu nous fournir, et à l'obligeance de qui nous sommes redevables du cliché dont la reproduction illustre notre thèse.

I

Historique.

Le premier cas de mésentérite rétractile semble avoir été signalé en 1894 par Benham qui publie une longue observation. Riedel, en 1897, publie 3 nouveaux faits, puis il nous faut arriver jusqu'en 1913 pour que, la même année, Ténani en rapporte 3 cas lui aussi, et nous en signale 1 observé par son confrère d'Agostino, tandis qu'un auteur russe, Krynski, présente au Congrès de médecine de Londres une observation recueillie en 1910.

En 1920, Maucilaire présente à la Société de chirurgie 2 cas de mésentérite rétractile et fait un pressant appel auprès de ses confrères pour qu'on signale les cas observés. C'est alors que nous voyons les publications se succéder : Ferron (2 cas), Murard, la même année; Viannay, Fritch (2 cas), Bergeret et Moutier, en 1921; Duvergey (2 cas dont une observation inédite), Abadie (d'Oran) (2 cas); Parcelier et Mangé, ces derniers temps. Si bien que nous nous trouvons actuellement en présence de 23 cas, publiés ou signalés, de l'affection qui nous intéresse, ne doutant pas que par la suite de nouvelles observations viendront, nombreuses, éclairer une pathogénie encore bien imprécise.

II

Étiologie.

Est-il possible de tirer quelques notions étiologiques d'un nombre aussi minime d'observations, toutes, du reste, ne donnant pas certains renseignements qu'il serait utile de connaître? Nous allons essayer cependant, tout en constatant le peu de valeur de notre statistique, basée sur un trop petit nombre de faits.

Il semble que la mésentérite rétractile soit une affection des hommes, puisque nous trouvons, sur 6 malades, une proportion de 5 hommes pour 1 femme.

L'âge semble aussi avoir son importance : dans 2 cas seulement, nous notons 15 et 22 ans, tandis que nous voyons évoluer la maladie surtout entre 45 et 75 ans.

La présence de 6 hernieux est-elle suffisante pour que l'on voie là une cause de l'affection? Nous ne le croyons pas. Peut-être serait-il plus sage de retenir les 6 observations dans lesquelles une tuberculose plus ou moins ancienne avait laissé quelque trace, ainsi que les 2 cas, signalés par Ténani, d'artériosclérose généralisée.

Nous reviendrons du reste sur toutes ces causes lorsque nous étudierons la pathogénie.

III

Quelques mots d'anatomie et de physiologie.

Le mésentère est un repli du péritoine destiné à maintenir en place le jéjuno-iléon. Les deux feuilletts du péritoine, après avoir recouvert, l'un sa face supérieure, l'autre sa face inférieure, s'adossent l'un à l'autre au niveau du bord postérieur du jéjuno-iléon et forment un large repli qui vient s'attacher, d'autre part, sur la paroi postérieure de la cavité abdominale.

« Supposez, dit Tillaux, une bande longue de plusieurs mètres et large de 15 à 20 centimètres, dont vous avez froncé l'un des bords, de façon à le réduire à la longueur de 10 à 15 centimètres environ, et vous avez une idée du mésentère. » Ce bord froncé, bord postérieur ou adhérent, s'attache à la paroi abdominale postérieure suivant une ligne oblique de haut en bas et de gauche à droite, s'étendant du côté gauche de la 2^e vertèbre lombaire au côté interne du cæcum. Le bord plus long, bord antérieur ou bord libre, répond au bord postérieur du jéjuno-iléon dont il a exactement la même étendue (8 mètres environ) et dont il suit toutes les ondulations.

La comparaison du mésentère avec une bande régulière, large uniformément de 15 à 20 centimètres, n'est pas tout à fait juste; c'est pourquoi Tillaux ajoute : « Le mésentère ne présente pas une hauteur égale dans toutes ses parties; elle est à peine de 1 centimètre à ses extrémités; il offre vers son milieu sa plus grande hauteur; celle-ci, variable suivant les sujets, peut atteindre 18 à 20 centimètres. »

Cette diminution de hauteur aux deux extrémités est très intéressante à noter; c'est en effet là que, dans certaines observations, nous verrons la rétraction siéger le plus souvent.

Le mésentère, suffisamment puissant pour maintenir le jéjuno-iléon dans les limites de son enceinte naturelle, est aussi suffisamment lâche pour lui permettre d'accomplir sur place toute espèce de mouvements. Malgaigne a fait remarquer qu'à l'état normal le mésentère n'est jamais assez long pour permettre à l'intestin de franchir d'emblée le canal inguinal ou le canal crural.

Au point de vue de sa constitution anatomique, le mésentère, nous l'avons vu, se compose essentiellement de deux feuilletts du péritoine adossés l'un à l'autre; entre ces deux feuilletts se trouvent des vaisseaux sanguins, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, une couche plus ou moins développée de tissu adipeux; il renferme des fibres musculaires lisses, ce qui lui permet de se contracter.

C'est ce qui explique que dans l'anus contre nature les deux bouts de l'intestin rentrent peu à peu dans la cavité abdominale; c'est ce qui explique la réduction spontanée de certaines hernies présentant un étranglement peu serré, et la réduction de certaines hernies étranglées qui n'ont pu l'être par les efforts considérables du taxis, en donnant au malade une attitude telle que la tête soit très inclinée et les pieds élevés.

Une particularité anatomique très intéressante à noter est la répartition artérielle sur le mésentère, vers la partie terminale de l'iléon. Nous pensons qu'il peut y avoir là une cause de localisation pour la rétraction, ajoutée à celle déjà citée, de plus faible hauteur du mésentère en ce point.

Lardenois et Okinczyk signalent le mode strictement terminal de l'artère mésentérique, l'absence d'anastomoses en arcades, expliquant une nécrose facile. Alors que l'artère mésentérique distribue sur le segment jéjuno-iléal 12 à 15 branches, artères nombreuses, arcades anastomotiques courtes, sur le segment iléo-colique, la disposition change, les artères sont rares, les arcades anastomotiques longues. C'est en ce point que l'artère mésentérique, l'artère iléo-cæcale et l'arcade termino-iléale anastomotique limitent un espace où le mésentère paraît plus mince et peu vascularisé, appelé de ce fait aire avasculaire de Trèves.

IV

Pathogénie.

C'est là, certes, la partie la plus intéressante de la question, la plus discutée aussi, chaque auteur rapportant à des causes diverses les lésions qu'il a constatées chez les malades qu'il lui a été donné de voir.

Et tout d'abord, le mésentère peut-il, en dehors des diverses causes que nous allons étudier, en dehors de tout état morbide, se rétracter ?

Oui, dit Maucclair : « La mésentérite rétractile spontanée s'observe dans les cas d'anse intestinale laissée au dehors de l'abdomen, quand, après la kélotomie, la vitalité de l'intestin paraît douteuse, mais c'est une rétraction physiologique, sans lésion inflammatoire bien nette du mésentère », rétraction à rapprocher de ce que nous avons vu au chapitre précédent.

Maintenant, attaquons-nous aux causes de mésentérite rétractile véritablement pathologiques. Nous allons les étudier : chez le nouveau-né, puis chez l'adulte, en notant ce que celui-ci doit, à ce point de vue, au premier nommé.

A. Nouveau-né. — Ph. Rochet et P. Wertheimer, étudiant quelques cas d'occlusion congénitale de l'intestin grêle, disent : « Le mésentère, en général, ne présente pas de lésions appréciables, quoiqu'il puisse être un peu rétracté au niveau de ou des segments atrésiés. »

Sans savoir lesquelles des lésions sont primitives, celles de l'intestin ou celles du mésentère, nous allons admettre que la pathogénie de la rétraction est la même que celle de l'occlusion.

Chiari pense à une invagination intestinale; Durante à une artérite oblitérante (1); Jaboulay à des anomalies vasculaires entraînant l'atrophie par défaut de nutrition (2); Von Ammon à un arrêt du développement dans la formation du tractus intestinal (3).

Fortsner pense qu'il existe normalement dans la formation du tube intestinal un temps d'occlusion variable en durée, lequel temps d'occlusion, dans certains cas, peut durer et subsister.

Depaul et Savariand parlent d'une péritonite fœtale (4).

A l'appui de cette dernière opinion, Mauclore et Alglave apportent le fait suivant : Chez un nouveau-né de 4 jours, dont les antécédents maternels sont douteux au point de vue tuberculeuse, on fait un anus iliaque parce que l'un des auteurs croit sentir dans le rectum une valvule qui l'oblitére. Mort deux jours après.

A l'autopsie, on constate une péritonite généralisée avec lésions anciennes, fausses membranes, brides maintenant les anses intestinales appliquées les unes contre les autres. L'examen microscopique dénote la présence de bacilles de Koch.

Ces malformations congénitales peuvent ne pas déterminer d'accidents immédiats, attendant souvent de nombreuses années avant de se manifester. Au sujet de notre observation XII, chez un individu de 54 ans, Mauclore croit à une malformation congénitale de l'intestin. Dans notre observation XXI, Abadie croit à une disposition congénitale : pas d'accidents jusqu'au jour où une partie de l'intestin devenant de calibre quasi invariable et l'autre progressant normalement, la disposition est allée s'accroissant, jusqu'à l'occlusion, à la faveur d'une autre cause étrangère. C'est cette cause, qui, sans aucune prédisposition, est capable d'agir seule, que nous allons rechercher chez l'adulte.

(1) Durante, *Bulletins de la Société anatomique*, 1901, p. 513.

(2) Jaboulay, *A propos de la pathogénie de l'imperforation de l'iléon et de l'imperforation ou des rétrécissements congénitaux des conduits naturels*, Comptes rendus de l'Association des anatomistes, 3^e session, Lyon, 1901.

(3) Von Ammon, *Atlas des maladies chirurgicales des nouveau-nés*, Berlin, 1839.

(4) Depaul, *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1855, t. V, p. 349, et *Gazette des hôpitaux*, 1856, p. 150; Savariand, *Revue d'orthopédie*, 1903, p. 333.

B. Adulte. — Parmi l'infinité de causes capables de déterminer une rétraction du mésentère, certaines sont évidentes, signalées par les auteurs, d'autres le sont beaucoup moins, ne semblent pas être entrées en jeu dans les diverses observations que nous avons recueillies, mais, à la réflexion et logiquement, doivent être envisagées comme pouvant elles aussi, par un processus de sclérose, déterminer une rétraction mésentérique et les complications qui s'y rapportent.

Parmi les premières, nous signalerons : les péritonites tuberculeuses en voie de guérison ou fibreuses d'emblée, la péritonite simple localisée ou la péritonite syphilitique, puis les lésions artérielles, l'athérome, la mésentérite aiguë, les abcès ganglionnaires, les phlegmons du mésentère, les appendicites mésentériques, les kystes séreux et les hématomes, les traumatismes, les névroses intestinales, les étranglements herniaires.

a) *Tuberculose.* — Faujas rapporte à la tuberculose la cause qui crée les brides et les adhérences dans certaines péritonites.

Cette attribution, facile et indiscutable dans certains cas, n'est pas possible bien souvent, aucune vérification biopsique ou nécropsique n'existant. Cependant, de nombreuses affections, jusque-là individualisées, ne sont-elles pas, depuis quelques années, rentrées dans la liste des affections tuberculeuses ?

Après Landouzy, qui émet l'idée d'une pleuro-tuberculose, Hanot, Lauth et Gilbert ne voient-ils pas dans la même cause l'origine de la stéatose hépatique et de certaines cirrhoses ? Bouilly parle d'une tumeur bacillaire du cæcum ; Coffin, Carrière, des néphrites bacillaires ; Tessier présente les rapports entre les maladies du cœur et la tuberculose ; Poncet déclare qu'il existe un rhumatisme qui ne peut être que tuberculeux. N'est-ce pas là, du reste, une opinion chère à l'école lyonnaise ?

Pourquoi n'existerait-il pas également une localisation du processus tuberculeux sur le mésentère ? Que cette infection locale se fasse par propagation directe ou envahissement, par continuité de tissus, par pénétration en utilisant la voie lymphatique, ce qui est le plus probable, ou bien la voie sanguine, ce qui est parfaitement possible, les réactions du mésentère ressem-

blent en tous points à celles des autres séreuses. Le tubercule peut évoluer sous ces trois types essentiels : rester à l'état de granulation grise, subir le ramollissement caséux, évoluer vers la sclérose de guérison. Ce dernier seul nous intéresse ici. En effet, ce processus fibro-plastique peut aller au delà du degré utile et devenir dangereux par les rétractions et compressions qui en résultent, d'autant plus dangereux que ces rétractions s'exercent en des points relativement étroits. Forgue fait remarquer que ces épaissements conjonctifs sont très marqués sur le mésentère au cours des péritonites tuberculeuses (*mesenteritis retrahem* des Allemands).

Cette origine tuberculeuse nous semble indéniable, et du reste est signalée par les auteurs dans nos observations XVIII, XIX, XXI et XXII. Hypothèse basée sur les antécédents nets, personnels ou familiaux, sur les autres manifestations présentes, et surtout sur les découvertes, soit d'opérations, soit de nécropsies.

b) *Péritonite chronique localisée*. — Virchow admet que dans les types chroniques de la sigmoïdite, il existe une forme atrophique, caractérisée par un côlon iliaque épaissi, de calibre réduit, à mésosigma court et rétracté par transformation fibreuse. Pourquoi n'aurions-nous pas cette même localisation au niveau du mésentère, qui existe au niveau du mésosigma ? Krynski la signale du reste dans notre observation IX.

c) *Péritonite syphilitique localisée*. — « La syphilis frappe le péritoine d'une manière beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense », dit Letulle. Le péritoine, en effet, constitue bien souvent le « terrain de choix » pour la vérole. Cette péritonite syphilitique reste de préférence partielle, circonscrite à une région privilégiée; après avoir respecté longtemps les organes qu'elle recouvre de sa couche fibroïde, la sérite spécifique les enserre plus tard de ses rétractions cicatricielles. Nous verrons plus loin ses caractères spéciaux anatomo-pathologiques.

Letulle estime que la moitié des cas de cirrhose hépatique sont dus à la syphilis liée plus ou moins à l'alcoolisme et à la tuberculose. « La péritonite syphilitique, dit-il, peut déterminer le long du côlon des déformations singulières, inattendues,

redoutables par leurs conséquences : une coudure du côlon ascendant, par accolement de plusieurs franges épiploïques ou par rétraction cicatricielle d'une partie de son méso, peut avoir transformé en C ou en U, le segment pathologique du conduit intestinal, d'où la possibilité d'accidents d'obstruction. »

Pourquoi le même mode d'action de la syphilis ne s'exercerait-il pas sur le mésentère, comme il s'exerce sur le mésocôlon, d'autant plus qu'une des régions préférées de cette péritonite syphilitique est justement la région péri-jéuno-iléale.

Portal, en 1803, cite le cas « d'un homme atteint du vice vénérien, dont le péritoine, à l'autopsie, était épaissi d'un pouce et demi dans la partie où il recouvre les vertèbres lombaires et se prolonge au niveau des reins ». Brizard, dans sa thèse, s'occupant des lésions anatomo-pathologiques du péritoine dans la syphilis viscérale, signale, dans une de ses observations, une augmentation d'épaisseur du mésentère (2 centimètres), ainsi qu'une augmentation de densité et de consistance.

À la vérité, nous devons admettre que nous n'avons trouvé nulle trace ni preuve de syphilis dans le cours de nos observations, la plupart des Wassermann, quand ils furent faits, furent négatifs. Cependant Abadie, chez un de ses malades (Obs. XX), émet l'idée que peut-être il s'agit là d'un processus spécifique.

d) *Artérites*. — L'étiologie de ces artérites est très variable : tuberculose, syphilis, fièvre typhoïde, alcoolisme, intoxications alimentaires.

Tuberculose : Consécutivement aux ulcérations intestinales.

Syphilis : La littérature compte 1 beau cas, de Scheib, d'oblitération des artères du mésentère par ce processus.

La syphilis est du reste certainement en jeu dans une infinité de cas où elle passe inaperçue, déterminant des modifications artérielles pouvant favoriser des lésions de tous ordres.

Typhoïde : Les artérites de la fièvre typhoïde, disent Landouzy et Siderey, n'occupent pas encore dans les préoccupations médicales la place à laquelle elles ont droit de prétendre. On ne se dit pas assez que les artérites typhoïdiques sont moins rares que ne le laisseraient supposer les seuls cas de complica-

ions gangréneuses; on ne se dit pas assez que les artérites paraissent responsables de bien autre chose que de gangrènes, et qu'elles sont aussi le procédé instrumental mis en œuvre par la maladie typhique pour altérer nos organes à brève ou à lointaine échéance.

Ces artérites viscérales, communément méconnues parce qu'on ne les recherche pas, ont pourtant une importance autrement considérable et des conséquences autrement graves que les artérites des membres.

Lagane pense que les conséquences tardives des endartérites anciennes, dont ces auteurs ont montré l'importance pour le cœur, sont les mêmes pour l'intestin.

Intoxications alimentaires : Par les poisons intestinaux (poisons sclérosants : indol, phénols, corps aromatiques, formés par les bactéries intestinales aux dépens des aliments et des sécrétions du tube digestif, Metchnikoff), surtout intoxication saturnine et intoxication éthylique.

Abadie, chez son malade (Obs. XX), pense que si la syphilis peut être en jeu, il ne faut pas oublier l'alcool et une intoxication d'origine intestinale. « Cirrhose atrophique, et, dit-il, de même origine; sclérite chronique avec sclérose. »

e) *Artério-sclérose*. — Quelques auteurs italiens, allemands (Schnitzler et Ortner), puis quelques observations françaises, soulignent l'importance de l'artério-sclérose intestinale, passée trop souvent inaperçue parce que pas recherchée systématiquement. Alors, en effet, que les autres artères sont examinées, les mésentériques et les intestinales sont presque toujours laissées de côté; il est vrai que ce ne sont pas là les artères le plus souvent atteintes par le mal. Lobstein les place au troisième rang, Rokitsky tout à fait à la fin, en disant d'elles : exceptionnellement; Huchard les met lui aussi au dernier rang.

Lorsqu'elle existe, cette artério-sclérose se rencontre chez les gens âgés (40 à 50 ans), ce qui coïnciderait assez avec notre étude étiologique, gens alcooliques parfois, ou arthritiques, entéritiques ou gouteux.

Cette artério-sclérose est souvent une localisation isolée.

« Nous savons, dit Lagane, la prédominance de certains poisons pour l'appareil vasculaire de certains organes, et il n'est nullement extraordinaire que les vaisseaux intestinaux, sans cesse aux prises avec les toxi-infections intestinales, représentent la seule localisation morbide.

» Le degré d'affinité de tel ou tel viscère pour un poison explique la prédominance de l'artério sclérose dans tel ou tel département vasculaire : vaisseaux mésentériques chez certains entéritiques, alcooliques ou gouteux. » (Teissier).

Dans 2 observations (VI et VII), Ténani nous signale une artério-sclérose généralisée, et dans combien d'autres cas avons-nous pu voir une symptomatologie d'entérite à peu près parfaite.

f) *Névroses intestinales*. — Blanchet signale que les troubles nerveux, protopathiques de l'intestin sont fréquents, non pas à l'hôpital, mais en ville, chez les travailleurs et surmenés intellectuels surtout.

Dans leur étiologie, il faut faire une grande place à l'hystérie et à la neurasthénie principalement.

Ces névroses, à symptomatologie si variée, comme le fait remarquer l'auteur, se manifestent quelquefois par une véritable occlusion de l'intestin, ne pourraient-elles pas elles-mêmes être la cause d'une rétraction mésentérique passagère, quoique, à la vérité, on ne puisse noter ce processus pathologique dans aucune des 12 observations de Blanchet, ni même y penser dans aucune de celles que nous avons réunies.

g) *Hématomes du mésentère*. — Roques et Bérard se sont occupés de la question, ils en notent comme causes possibles les traumatismes, le taxis dans les hernies, les efforts de vomissement, les altérations cardiaques, la tuberculose. Le diagnostic de ces hématomes n'a jamais été fait durant la vie du malade; du reste, les signes physiques ou fonctionnels étant à peu près nuls, la lésion n'avait pas été soupçonnée. Ces kystes sanguins peuvent disparaître spontanément, sans accidents. On ne peut guère compter sur une guérison naturelle par ouverture de la poche dans l'intestin et sa rétraction après évacuation de son

contenu. C'est un heureux hasard lorsque cette terminaison se produit, mais on ne peut ni la prévoir, ni la provoquer, encore faut-il que la rétraction cicatricielle ne soit pas tellement violente qu'elle puisse à son tour entraîner des accidents.

h) *Étranglement herniaire*. — C'est là une cause que Ténani admet et que l'on pourrait ranger sous le titre artérielles; en effet, les vaisseaux artériels comprimés pendant un certain temps sont en grande partie oblitérés. La partie du mésentère incluse dans le sac herniaire subit la rétraction cicatricielle après avoir été œdématiée. C'est là un mode de rétraction bien voisin de la rétraction musculaire ischémique de Volkmann.

Scarpa écrit : « La portion du mésentère qui soutient l'intestin est déplacée et non seulement allongée, mais plus épaisse et plus chargée de graisse qu'à l'état naturel; les vaisseaux sanguins qui la parcourent sont dilatés et variqueux. Cette altération du mésentère s'observe constamment, même chez les sujets très maigres; il semble chez ceux-ci que toute la graisse qui se trouve répandue en petite quantité dans le mésentère vienne s'accumuler sur la portion de ce repli membraneux qui soutient l'anse d'intestin renfermée dans la hernie. »

D'autre part, nous verrons, au chapitre des complications, qu'il peut y avoir là échange de mauvais procédés.

Nous n'insisterons pas sur certaines autres causes capables de produire une rétraction mésentérique. Nous nous contenterons de les signaler comme possibles : Torsion en masse du mésentère (Bosquette rapporte 1 cas d'occlusion intestinale où le mésentère était tordu comme un pédicule de kyste de l'ovaire), phlegmon, abcès ganglionnaire, appendicite mésentérique, abcès péritonéaux envahissant secondairement le mésentère — mésentérite aiguë -- les blessures du mésentère au cours de certaines interventions chirurgicales et en particulier au cours des opérations gynécologiques et obstétricales.

En somme, nous pouvons établir que la mésentérite rétractile est un syndrome, *aboutissant cicatriciel de lésions excessivement diverses*.

V

Anatomie pathologique.

Ce qui caractérise la mésentérite rétractile, c'est évidemment, par définition même, la rétraction du mésentère. Cette rétraction ou diminution de largeur est, nous l'avons vu, plus souvent et davantage prononcée vers le bord droit du méso, et de cela nous avons essayé de donner une raison. La rétraction peut, en effet, suivant les cas, porter sur toute la longueur ou seulement en un point limité donnant ainsi une forme généralisée ou une mésentérite partielle. Ce mésentère rétracté attire vers la paroi abdominale postérieure les anses intestinales qu'il supporte, d'où coudures, torsions qui déterminent, au-dessus de l'obstacle, une dilatation (on a noté une anse présentant le volume d'un cæcum), tandis qu'en aval une atrophie quelquefois considérable, avec oblitération de la lumière, se produit.

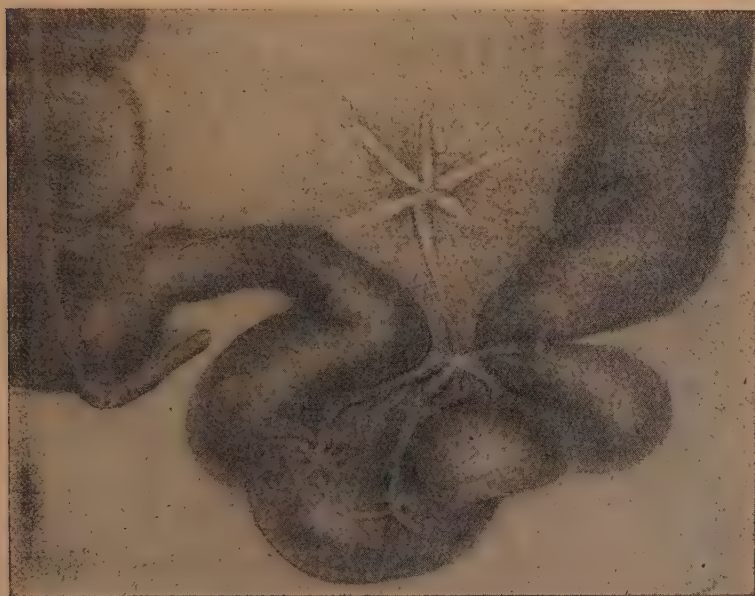
On a essayé de décrire deux types à caractères distincts de mésentérite rétractile : l'un dû à la syphilis, l'autre à la tuberculose. Letulle, au sujet du premier, écrit : « Les déformations cicatricielles du péritoine constituent un signe pour ainsi dire pathognomonique de la péritonite syphilitique, en ce qui concerne le mésentère. » Celui-ci est plus épais, plus dense, moins souple qu'à l'état sain. Toutes ses dimensions sont réduites, il est plus court et moins largement étalé. Son insertion prévertébrale est élargie, massive, son bord libre a suivi le mouvement de rétraction qui semble avoir absorbé un certain nombre d'anses grêles. Les deux faces du mésentère sont blanchâtres, comme vernissées, sans toutefois que cet état nacré, quasi

porcelainé, soit aussi accusé que celui qui caractérise la surface de la séreuse intestinale. On note à sa surface des lignes cicatricielles, irrégulières, d'un blanc plus intense que celui du méso, d'aspect extrêmement varié. Mauclaire signale la forme étoilée de ces cicatrices.

Les anses intestinales sont agglomérées, des adhérences forment des nappes blanchâtres, vernissées, tapissant et nivelant les replis de l'intestin qui paraît recouvert par places d'un enduit épais, blanc, régulier. Ascite.

A côté de cette mésentérite syphilitique, comment se présente la mésentérite due au processus bacillaire ?

On a cru devoir signaler une induration moins marquée, un épaissement moins considérable et réparti par places (véritables bandes rétractiles), un intestin dilaté et aminci présentant des rétrécissements circulaires.



Mais, tout comme lorsque la vérole est en cause, nous notons là aussi ces larges cicatrices blanchâtres, nacréées, étoilées, siégeant sur un mésentère épais, sclérosé; cicatrices caractéristiques dont nous donnons ci-dessus la photographie, plus ou

moins étendues (1 cent. 1/2 environ de rayon dans notre Obs. XXII); ces cicatrices, symptomatiques de la lésion, sont très nettes ou en formation, opalines. Nous voyons là aussi les anses agglomérées recouvertes de néo-membranes blanches, nacrées, qui les accolent et les nivellent.

A la surface du mésentère et de l'intestin, signalons quelques granulations. Sur le mésentère, de petits kystes séreux dus, croyons-nous, à l'étranglement des lymphatiques (V. Obs. XXII).

« Il est bon de remarquer qu'en tout cas le terme de mésentérite sclérosante rétractile, dit Abadie, habituellement utilisé, est inadéquat aux lésions; elles sont loin de se borner au mésentère, elles s'étendent à l'intestin lui-même, et, pour être moins limité, le vocable de péritonite rétractile et néomembraneuse nous paraît plus exact. » Oui, certes, bien souvent le mésentère n'est pas seul atteint; le mésocôlon, l'épiploon (Obs. I), le cæcum, la première portion du côlon ascendant (Obs. XI), le foie, les côlons ascendant et transverse, l'épiploon (Obs. XIX) sont malades avec lui, mais il est bien d'autres cas (Obs. X) où le péritoine, par ailleurs, demeure absolument sain (Obs. XIII).

« Du reste, dit Maucclair, tous les méso-péritonéaux peuvent être atteints de sclérose et de rétraction, mais la sclérose et la rétraction du mésentère ont une individualité particulière. »

VI

Symptomatologie.

Dans aucun des 23 cas que nous avons relatés, il ne semble pas que le diagnostic ait été fait avant l'ouverture du ventre. La méésentérite ne peut, en effet, être affirmée qu'à la nécropsie ou en cours d'opération, et c'est alors à propos des complications dont nous allons parler que l'on est appelé à intervenir.

Voyons, cependant, les symptômes ressentis le plus souvent par les malades chez qui, plus tard, on découvrira une rétraction du méésentère. Chez certains, aucun trouble durant la vie n'a pu faire supposer qu'il pouvait y avoir quelque part, dans l'abdomen, une lésion quelconque (Obs. VI, VII, XVIII).

Chez d'autres, les troubles ressentis datent de peu, la première manifestation a été, d'emblée, l'occlusion intestinale (Obs. V, XI, XVIII).

Mais, chez la plupart de nos malades, nous constatons, depuis plus ou moins longtemps, un passé pathologique chargé du côté de l'abdomen : constipation permanente (Obs. II, III), attaques irrégulières de constipation et de diarrhée (Obs. IX, X, XII, XIV), augmentation modérée du volume de l'abdomen (Obs. IX, XVII), considérable (Obs. I, XXII). On peut trouver un état général mauvais, de l'amaigrissement (Obs. I, X, XII, XX), jamais nous n'avons noté de vomissements spontanés (1 malade de Ferron se faisait vomir pour se soulager, mais non spontanément); l'état général peut rester bon (XIX), l'appétit conservé (Obs. XII, XXII).

En dehors de la crise d'occlusion, la douleur peut entrer en

jeu; elle existe depuis vingt-deux ans (Obs. IX); depuis trois mois, calmée quand le malade se couche sur le côté, avec un point spécialement douloureux à droite, au niveau du muscle droit, un peu au-dessous d'une ligne transverse passant par l'ombilic (Obs. XII).

La tumeur, bien souvent recherchée, n'a été retrouvée que bien rarement; le mésentère, profondément situé, n'est pas facilement atteint par la palpation qui, cependant, nous permet de reconnaître une grosse tumeur, irrégulière, assez étendue, légèrement mobile, douloureuse à la pression (Obs. I), une masse grosse comme le poing, douloureuse, un peu en dedans de l'hypocondre gauche (Obs. X), une autre dans la fosse iliaque droite (Obs. II).

La radio, utilisée également, ne donne pas grand renseignement; elle permet de noter : calibre du côlon descendant très diminué, avec angle cœlique gauche distendu (Obs. X), un obstacle sur le grêle dans la région pyloro-duodénale (Obs. XII), une distension considérable des anses, sans occlusion vraie (tout le tube digestif étant parcouru par le liquide opaque) (Obs. XXI).

Nous réservons pour le chapitre Complications les vomissements, la suppression des selles et des gaz et les autres symptômes caractéristiques de l'occlusion intestinale.

Pronostic et complications.

Il ne semble pas que la mésentérite rétractile en elle-même présente quelque gravité, puisque nous voyons (Obs. VI, VII, XVIII) les malades qui en sont atteints n'en ressentir aucun malaise durant leur vie; mais où le pronostic devient excessivement grave, c'est lorsqu'on envisage les complications possibles : occlusion intestinale et infarctus.

Scarpa considère bien une troisième complication : l'étranglement herniaire. « Je suis porté à croire, dit-il, que l'épaississement du mésentère doit avoir quelque part aux causes de l'étranglement », mais c'est là, croyons-nous, une exception.

A. Occlusion intestinale. — Nous ne voulons pas parler ici de cette obstruction, pour ainsi dire chronique, caractérisée par une constipation alternant avec débâcles diarrhéiques, par une douleur souvent mal localisée qui se manifeste surtout par des coliques plus ou moins violentes après les repas, symptômes que nous retrouvons chez plusieurs de nos malades, mais bien de cette occlusion intestinale aiguë, celle qui offre le maximum de péril, caractérisée par :

a) Un arrêt complet des matières et des gaz [depuis deux jours (Obs. XIV, XIX, XXI), depuis six jours (Obs. XX)] ;

b) Des douleurs vives abdominales : crampe douloureuse subite dans la région épigastrique; à l'arrivée, le malade se tient la ceinture comprimée à deux mains (Obs. XIV); vive douleur après un violent effort (Obs. XX); violentes coliques (Obs. XXI);

c) Des vomissements, d'abord alimentaires, bilieux, qui peuvent devenir fécaloïdes (Obs. XIV, XVII, XIX, XXI);

d) Un état général grave : dyspnée, agitation, prostration (Obs. XIV); un pouls petit, rapide, 110 et 112 (Obs. XIV et XXI); une température quelque peu élevée, 38 (Obs. XIV et XXI);

e) Un abdomen distendu, volumineux, surtout au niveau de la région épigastrique et ombilicale (Obs. XIX).

Cette occlusion se produit par un mécanisme facile à comprendre; le mésentère, en se rétractant, ne peut entraîner sa surface d'insertion postérieure qui est fixe. C'est donc son implantation antérieure, mobile, c'est-à-dire le jéjuno-iléon, qu'il va tirer vers le rachis; si cette rétraction est limitée, il va se produire une coudure, une oblitération de la lumière, rôle qui peut être rempli également par une bride coexistant bien souvent, comme nous l'avons vu, dans de nombreux cas.

Cette occlusion intestinale, avec ses symptômes nets, est d'un diagnostic relativement facile; ce qui l'est beaucoup moins, c'est son siège; on peut penser qu'il s'agit d'une oblitération du grêle quand on a affaire à un abdomen douloureux, saillant en avant, ballonné d'abord aux environs de l'ombilic quand il n'y a pas de dilatation cæcale. Quant à la cause de l'occlusion, la laparotomie seule permet de la découvrir.

B. Infarctus intestinal. — Litten, Conheim, Faber ont établi que l'artère mésentérique supérieure est une artère terminale au point de vue fonctionnel, par suite du débit insuffisant des anastomoses. La ligature ou l'oblitération d'une de ses branches détermine l'arrêt complet de la circulation dans tout son territoire; la tension sanguine y devient supérieure à celle du sang des capillaires et, par suite de la pression positive dans les veines, il se produit un réflexe sanguin des veines avalvulées dans les capillaires, la stase sanguine entraîne une altération des parois des capillaires qui cèdent et il se produit une effusion de sang dans les tissus de la paroi intestinale.

La sclérose du mésentère et sa rétraction peuvent bien être comparées à une ligature et les mêmes phénomènes être observés

dans les 2 cas. Cependant, le processus scléreux peut oblitérer complètement les veines, alors qu'il laisse intacte ou tout ou moins partielle la perméabilité artérielle. « Lorsqu'il ne se trouve pas de circulation veineuse collatérale suffisante, dit Lapointe, le sang qui stagne produit un engorgement à tension progressive, qui forme bientôt une barrière infranchissable au sang des capillaires.

» Les artères correspondantes continuent à amener du sang; il distend les capillaires, stagne à son tour, altère les parois vasculaires, et l'infarctus se constitue, d'où cette loi : la fluxion artérielle produit l'infarctus hémorragique dans un territoire ou dans un organe atteint de stase veineuse. »

Kader, après une ligature peu serrée du mésentère, qui n'arrête pas complètement la circulation, observe une coloration foncée de plus en plus intense, par suite de l'hyperhémie veineuse, puis la stase veineuse aboutit à l'issue du sang des vaisseaux dans les parois intestinales qui deviennent turgescentes et dures, et il se produit une exsudation de la sérosité sanglante, tant dans la lumière de l'intestin par la muqueuse que dans la cavité abdominale par la séreuse. Les animaux présentent un épanchement péritonéal, de la diarrhée et des vomissements parfois sanglants.

Nous allons voir quels sont les caractères essentiels de l'infarctus intestinal chez l'individu.

1° *Symptomatologie.* — Une oblitération incomplète et progressive se caractérise par des douleurs vagues, une diarrhée abondante et rebelle.

L'oblitération aiguë présente comme signes :

a) *Douleur abdominale* atroce, soudaine, plus violente encore que les douleurs de l'occlusion. Elle se manifeste par accès spontanés et est réveillée par la palpation du ventre, douleur diffuse, étendue à tout l'abdomen, avec irradiations au niveau des reins et des lombes. La zone d'intensité maxima correspond à la région de l'infarctus;

b) *Diarrhée profuse*, très abondante, avec des selles liquides, jaunâtres, répétées et incessantes, quelquefois avec une véri-

table incontinence rectale. Cette diarrhée est précoce, mais dure peu, cédant la place aux symptômes d'occlusion ;

c) *Occlusion* : elle est plus ou moins rapide. A quoi l'attribuer ? Peut-être aux troubles de la nutrition, résultant d'une oblitération des vaisseaux et produisant la déchéance fonctionnelle complète des éléments nerveux et du tissu musculaire, par suite du manque d'oxygène ;

d) *Entérorrhagie*, mais qui ne se manifeste pas forcément par des signes cliniques (diarrhée sanglante ou vomissements sanglants). Le sang n'est pas toujours évacué au dehors, parce que le segment d'intestin malade est paralysé à la suite des troubles de la circulation. Si une évacuation de sang survient, ce n'est guère que le deuxième jour ;

e) *Vomissements* : surviennent rapidement après les douleurs du début ; d'abord alimentaires, abondants, répétés, puis verdâtres, bilieux, quelquefois porracés, parfois sanglants, pouvant devenir fécaloïdes ; état nauséux, hoquet.

Météorisme local au niveau de l'anse infarcie.

Tumeur : survient plus tard par épaissement des parois ; ballonnement plus ou moins prononcé, plus ou moins douloureux : épanchement ascitique dans les fosses iliaques.

État général peu atteint pendant une période plus ou moins longue, s'aggrave brusquement ; facies grippé, collapsus, extrémités froides ; pouls filiforme, rapide.

Pronostic grave. Bien souvent, issue fatale si la maladie est abandonnée à elle-même.

2° *Anatomie pathologique*. — Un peu de liquide ascitique (séreux, plus ou moins teinté de rouge, peu abondant), anses congestionnées, distendues, d'un rouge violet, vineux, presque noir, de consistance ferme, parfois épaisses ; dans l'anse, sang ou sérosité.

Généralement, la lésion est limitée ; l'altération ne dépasse pas 1 mètre. Cependant, dans quelques cas, la moitié du grêle est infarcie et Roussel relève 7 observations (Hamilton, Küster, Kraft (2), Lund, Picqué et Grégoire, Sacho) où les lésions s'étendent à tout le grêle.

VIII

Traitement.

« Certains processus d'inflammation chronique du mésentère sont susceptibles de rétrocession spontanée, dit Viannay ; il ne faut donc pas trop se presser de pratiquer en pareil cas les entérostomies, voire les entéroanastomoses. » D'autre part, la péritonite scléreuse syphilitique se dessèche spontanément ou sous l'influence d'un traitement institué en vue d'une autre manifestation syphilitique plus évidente ou mieux connue.

Oui, certes, mais où l'intervention devient nécessaire et urgente, c'est lors des complications.

I. — Dans l'occlusion aiguë, l'indication formelle est la laparotomie précoce, et alors : ou bien l'obstacle est facile à supprimer : détorsion du mésentère ou d'une anse intestinale (Obs. XI et XVI), section d'une bride (Obs. II, III, IV, X, XIV, XX), décollement des fausses membranes au bistouri ou à la compresse ; ou bien l'obstacle n'existe pas ou ne peut être enlevé.

Dans ce cas, ou bien on refermera avec ou sans drainage (Obs. XVII, XXII) après avoir excité les contractions par du sérum chaud (Obs. XIV, XX), ou bien on pratiquera, soit l'entéroanastomose au-dessus de l'obstacle, soit une résection, soit l'entérostomie.

a) *Entéroanastomose* : Sans exclusion de la partie malade. C'est le procédé le plus simple de dériver le cours des matières ; il consiste à aboucher l'anse intestinale en amont de l'obstacle à l'anse en aval.

Dans nos observations XII et XXI, c'est une iléo-sigmoïdostomie latéro-latérale que les opérateurs pratiquèrent chez leur malade.

b) *Résection* : Ténani la pratique chez un de ses malades auquel il enlève 1^m70 d'intestin grêle et obtient la guérison.

c) *Entérostomie* : D'après le procédé de Nélaton, incision parallèle à l'arcade crurale droite, attraction au dehors de la première anse distendue qui se présente (Obs. XIX), fixation de l'anse dans la plaie au moyen d'une couronne de points de suture réunissant le péritoine pariétal au péritoine viscéral; ouverture de l'anse.

En présence d'un intestin rempli de matières, on peut, pour se faire jour, pratiquer soit une ponction (Obs. XIX), soit une moucheture au bistouri (Obs. XXI).

II. — « De tous les infarctus viscéraux, l'infarctus intestinal est certainement le seul qui, de par sa situation, se prête à une intervention chirurgicale. » (Gallavardin.)

Quelle sera donc cette intervention ?

a) *L'anus contre nature*? C'est là une opération palliative contre l'arrêt des matières qui ne peut être qu'un pis aller.

b) *L'entéroanastomose sans résection*? Elle laisse persister le danger de l'anse nécrosée. Ne saurait convenir en aucune façon.

c) *L'extériorisation de l'anse*?

d) *La résection*? Elliot établit le premier que la résection de l'anse malade est la seule opération qui puisse offrir quelque chance de succès, encore faut-il qu'elle soit assez étendue.

IX

Observations.

OBSERVATION I

BENHAM.

Homme, 55 ans, marié, trois enfants adultes, charpentier, a été empêché de travailler depuis deux ans pour troubles de santé. En août 1894, se présente à l'auteur. Pendant très longtemps, boisson en excès, alcool, genièvre; depuis quelque temps, davantage encore et bière; il n'avoue pas ces habitudes, confirmées par sa femme; il y a quinze ans, une jaunisse.

Ordinairement, envies de vomir; ne prend jamais de petit déjeuner le matin; jamais de vomissements ni d'hématémèses.

Commence à être malade il y a onze mois, son ventre augmente de volume; lit les quatre derniers mois, suit un léger traitement médical. Admis à l'hôpital, il y a deux mois, avec une hydropisie énorme, mais refuse de rester là plus d'une semaine. Vu par l'auteur pour la première fois le 16 août 1894.

Couché sur le côté dans le lit, émacié, cachectique, sans forces, l'esprit toujours égaré, pouvant à peine prononcer quelque parole compréhensible, délire la nuit, agité. Langue rouge et sèche, lèvres saburrales, expectoration muqueuse teintée de sang, respiration bruyante; la poitrine ne peut être facilement examinée, mais l'air semble rentrer facilement. Pas de râles, respiration non accélérée, cœur normal, pouls régulier (60). Peau froide, blême, mais pas jaune. Taches rouges aux extrémités. Pas de circulation superficielle abdominale, abdomen énormément distendu, fluctuation marquée; le foie

ne peut être senti. Scrotum œdémateux, très léger œdème des mal-léoles, appétit capricieux, anorexie presque complète, urines rares, très colorées.

19 août : État stationnaire, mais semble plus maigre, plus atone, la forme de son ventre change avec l'attitude dans le lit, l'empêche de se lever lui-même et provoque de la dyspnée; urine et défèque dans son lit, à demi inconscient.

On décide une paracentèse pour prolonger le malade, sa vie ne pouvant durer ainsi quelques jours; on essaie de le faire asseoir, mais à cause de sa maigreur et du volume de son ventre, on ne put y parvenir, c'est pourquoi il fut placé sur le côté du lit avec les jambes sur le bord et le dos appuyé sur des oreillers, dans une position demi-couché.

On enfonce le trocart à mi-chemin entre l'ombilic et le pubis; aucun liquide, l'instrument n'ayant pas dû pénétrer dans la cavité. Aspirateur, le liquide s'échappe, clair, légèrement rougeâtre; on enlève 13 litres, sans que l'abdomen soit vide; on constate alors des pulsations violentes à l'épigastre, évidemment communiquées par l'aorte abdominale.

Forme particulière de l'abdomen : en avant, une proéminence entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic, tandis qu'autour la peau est relâchée. A la palpation, grosse tumeur, irrégulière, d'une étendue considérable, avec de gros nodules à la surface et sur les bords, rugueuse, bien délimitée, légèrement mobile, douloureuse à la pression.

La face antérieure semble sortir comme une grosse saucisse, profondément située, s'étendant de la colonne vertébrale à la paroi abdominale antérieure, plus haute que large, plus étendue à droite qu'à gauche; semble distincte du foie dont le bord inférieur ne peut pas être facilement délimité.

20 août : Mieux, peut se tourner, dort bien, pas de délire, mais l'esprit et l'attention ne sont pas encore normaux; mange un peu mieux, urine mieux.

21 août : Pas de nourriture depuis hier, dort jour et nuit. Meurt tranquillement ce matin.

Autopsie. — En ouvrant le péritoine, il s'échappe environ 7 litres

d'un liquide semblable à celui de la ponction; ni lymphé, ni pus. Quand le liquide est vidé, les intestins se présentent sous une couleur sombre, brune ou noire, le péritoine pariétal étant seulement décoloré par endroits; anses intestinales nulle part adhérentes, mais plaquées les unes contre les autres et paraissant plus dures que normalement. Leur surface externe est sombre et a perdu son poli et sa douceur. Pas d'exsudation de lymphé.

Foie très contracté et aplati, parsemé de granulations, à contour irrégulier; la capsule ne peut être détachée, quoique pas adhérente aux parties voisines; à la coupe, foie très dense et induré; lobules jaunes entourés irrégulièrement de tissu fibreux. Par places, disparition complète du tissu glandulaire.

Rate grosse; capsule non adhérente, consistance ferme.

Pancréas gros et induré.

Reins normaux apparemment; capsule épaissie; congestion.

Mésentère remarquablement rétracté, plus court et plus épais en tous points, renferme une couche épaisse de graisse entre ses deux feuillets, formant ainsi une masse de très solides plaques et rouleaux, attirant les anses intestinales vers la colonne vertébrale. Sur la surface se trouve l'épiploon, épaissi et de forme cylindrique. C'était évidemment cette extrême condensation du mésentère, mésocôlon et épiploon qui produisait cette masse par laquelle la pulsation était transmise à la surface abdominale durant la ponction, et avait été prise pour une tumeur lorsque le liquide avait été enlevé.

L'épaississement du mésentère s'étendait sur toute la longueur, le recouvrement péritonéal semblait aussi épaissi, de sorte que l'intestin était plus rigide et moins souple que normalement.

OBSERVATION II

RIEDEL.

Homme de 37 ans. Constipation chronique. Signes de tumeur dans la fosse iliaque droite. Laparotomie. Rétraction du mésentère. La fin du grêle et le cæcum sont collés contre la paroi abdominale postérieure. Adhérences péritonéales, etc. Section des brides.

OBSERVATION III

RIEDEL.

Homme de 62 ans. Constipation chronique. Douleurs dans la fosse iliaque droite. Laparotomie. La fin du grêle est rétractée contre le rachis. Le mésentère présente des cicatrices blanchâtres. Section des adhérences.

OBSERVATION IV

RIEDEL.

Homme de 46 ans, ancien tuberculeux. Depuis quinze jours, signes d'appendicite. Laparotomie. On trouve les mêmes lésions que dans le cas précédent. Section des brides. Mort, le sixième jour, d'embolie pulmonaire.

OBSERVATION V

TÉNANI.

Quatre mois après une opération de hernie étranglée, avec une guérison régulière, symptômes d'occlusion intestinale. Laparotomie exploratrice; on trouve un paquet d'anses grêles collées contre le rachis lombaire. Le mésentère n'a plus que quelques centimètres de longueur. La lumière de l'intestin est oblitérée.

Résection de 1^m 70 d'intestin grêle. Guérison.

OBSERVATION VI

TÉNANI.

A l'autopsie d'un individu mort d'hémorragie cérébrale, avec artériosclérose généralisée, n'ayant présenté aucun trouble du côté de l'intestin durant sa vie, on trouve 1 mètre d'anses grêles collées contre le rachis et le mésentère réduit à quelques centimètres de longueur,

pas très épaissi, avec vaisseaux artériels et veineux, athéromateux et calcifiés.

Calibre de l'intestin très diminué. Muqueuse normale.

OBSERVATION VII

TÉNANI.

A l'autopsie d'un individu de 73 ans, mort de troubles urinaires et d'artériosclérose, on trouve, à l'origine du jéjunum, une anse rétractée contre le rachis et présentant les mêmes lésions que dans le cas précédent.

OBSERVATION VIII

D'AGOSTINO.

Ténani signale un cas semblable observé par son confrère.

OBSERVATION IX

KRYNSKI.

Homme. Pendant vingt-deux ans, attaques irrégulières de constipation et de diarrhée. Douleurs abdominales. Augmentation de volume de l'abdomen.

L'auteur rattache ces symptômes à une inflammation chronique du mésentère, une sorte de cirrhose caractérisée par un développement exagéré du tissu conjonctif.

OBSERVATION X

MAUCLAIRE.

Homme de 35 ans. Présente depuis son enfance des coliques intestinales avec périodes de constipation.

Deux crises d'obstruction intestinale, en 1917 puis en décembre 1919.

Lors de l'examen, en janvier 1920, la crise est passée.

A la palpation : masse grosse comme le poing, douloureuse, un peu en dedans de l'hypocondre gauche.

A la radio : calibre du côlon descendant très diminué ; angle cœlique distendu à gauche.

État général mauvais, grand amaigrissement.

Diagnostic posé : tuberculose intestinale probable du côlon descendant avec épiplorde, quoique la masse soit nettement en grande partie en dedans du côlon descendant.

Laparotomie exploratoire le 8 janvier. On trouve un paquet d'anses grêles du tiers supérieur du jéjunum, réunies par des adhérences, une anse énormément distendue comme un gros cæcum et étranglée dans une poche en nid de pigeon, formée par une très grosse bride péritonéale très épaisse, très résistante, partant du mésentère et allant se perdre sur le bord interne de l'angle cœlique gauche. Le mésentère, à ce niveau, est épaissi, rétracté vers le rachis sur une longueur de 20 à 25 centimètres, il n'a plus à ce niveau qu'une hauteur de 4 à 5 centimètres. Des adhérences péritonéales d'aspect cicatriciel unissent les anses grêles en ce point. Au niveau de la terminaison de la grosse bride, les segments du côlon transverse et du côlon ascendant sont réunis en canons de fusil par rétraction mésocœlique.

La grosse bride péritonéale est sectionnée et réséquée ainsi que les brides unissant les anses grêles ; celles-ci reprennent direction et calibres normaux, leur paroi n'est pas épaissie, ni blanchâtre. Pas de ganglions dans le mésentère, pas d'ascite ; partout ailleurs, péritoine sain. Péritonisation partielle au niveau des points réséqués. Fermeture de la paroi. Guérison.

OBSERVATION XI

MAUCLAIRE.

Homme, 76 ans. Alors qu'il n'y a pas eu d'autre crise antérieurement : occlusion intestinale, rétrécissement du calibre du grêle à sa terminaison et torsion de la dernière anse ; quand détordue, les gaz passent dans le cæcum qui était aplati.

Mort deux jours après l'opération sans être allé à la selle.

A l'autopsie, on trouve la dernière anse grêle diminuée de calibre et collée contre la paroi abdominale postérieure.

Le mésentère n'existe pour ainsi dire plus.

Le péritoine, qui plaquait l'anse contre la paroi postérieure, était un peu épaissi avec brides descendant vers le pelvis.

Le cæcum et la première partie du côlon ascendant sont plaqués contre la paroi postérieure.

OBSERVATION XII

FERRON.

Homme, 54 ans. Se plaint de l'estomac depuis environ trois mois, lorsqu'il est examiné, en février 1920; a beaucoup maigri, excellent appétit, mais hésite à manger, car il se sent très ballonné après les repas et le soir surtout quand il se couche.

Depuis quelque temps, pour se soulager, il provoque, tous les deux jours environ, des vomissements en mettant ses doigts dans la bouche, mais jamais de vomissements spontanés.

Constipation alternant avec diarrhée; quand il souffre, il éprouve un certain soulagement en se couchant sur le côté, tantôt à droite, tantôt à gauche.

On ne constate ni tumeur, ni péristaltisme sus ou sous-ombilical; point très douloureux à droite, au niveau du muscle droit, un peu au-dessous d'une ligne transverse passant par l'ombilic.

Emphysème pulmonaire.

Deux pointes de hernie inguinale.

Ne se rappelle pas avoir été malade. Toucher rectal négatif.

Le diagnostic n'est pas fait.

Examen aux rayons X après repas bismuthé. — Cet examen, dont le résultat ne sera connu qu'après l'opération, donne :

Insuffisance pylorique.

Duodénum constamment rempli et dessinant une courbe considérable.

Trois heures après : Estomac vide, masse intestinale repoussée à gauche.

Six heures et demie après : Une anse intestinale partant de la région duodénale, très petite au début, va en augmentant, descend perpendiculairement jusqu'au-dessous de la symphyse pubienne.

Neuf heures et demie après : C'est bien un obstacle sur le grêle, dans la région pyloro-duodénale.

Opération, le 20 février 1920.

Incision basse sus-ombilicale.

Estomac petit, pylore souple, ainsi que petite courbure.

Rien d'anormal au niveau du duodénum. Relèvement du côlon transverse; on agrandit l'incision vers le bas. Dévidement d'anses grêles rouges avec méso souple, à côté desquelles on sort, mais beaucoup plus difficilement, des anses grêles blanches, laiteuses, ayant perdu leur aspect lisse, légèrement indurées et correspondant à un mésentère également blanchâtre, très épaissi, mais peu rétracté; à la surface du mésentère, longues cicatrices irrégulières, d'un blanc plus intense que le reste du méso, d'aspect extrêmement varié. Impossible, à cause de l'épaisseur, de voir s'il y a des ganglions dans cette partie malade; on ne voit pas de vaisseaux.

Une certaine quantité de grêle étant éviscérée, on tombe immédiatement au-dessous du mésocôlon transverse, sur la ligne médiane, sur une anse intestinale dilatée, énorme, à laquelle fait suite une anse atrophiée et de calibre beaucoup plus petit.

L'opérateur croit se trouver au niveau de l'angle duodéno-jéjunal et pense que c'est la quatrième portion du duodénum qui est distendue avec un jéjunum atrophié (petit doigt) qui a perdu toute élasticité; en réalité, et il ne tarde pas à s'en rendre compte, il se trouve en présence de l'angle iléo-cæcal; l'ampoule cæcale regardait en haut et était immédiatement sous-jacente au côlon transverse. Appendice sain. Dernière anse iléale atrophiée, à parois indurées et de calibre réduit. A partir de ce point, sur une longueur de près de 2 mètres, l'intestin grêle, ainsi que son mésentère, présentait un aspect très caractéristique; son diamètre allait en s'élargissant régulièrement, présentant l'aspect d'un long tronc de cône, jusqu'à sa continuation insensible avec l'intestin sain; manque de souplesse, mais aucun point particulièrement induré.

On pratique une iléo-sigmoïdostomie, sans exclusion de la partie malade.

Suites opératoires normales, apyrétiques, selles fréquentes et molles. Plus de douleurs, plus de teint terreux, quitte l'hôpital trois semaines après. A ce moment, ventre ballonné mais indolent, quelques gargouillements; trois mois après, plus de ballonnement, digestions parfaites, deux à quatre selles par jour.

OBSERVATION XIII

FERRON.

Femme. Volumineuse hernie inguinale.

Même aspect du mésentère, avec intestin grêle normal.

OBSERVATION XIV

MURARD.

Homme, 48 ans. Se présente, le 1^{er} mai 1919, avec une occlusion datant de deux jours. Rien dans les antécédents, bonne santé habituelle. Début brusque dans la soirée du 29 avril par crampe douloureuse de la région épigastrique, purgation, mais ni selle ni gaz, plusieurs vomissements.

A l'arrivée, mauvais état général, dyspnée, agitation; le malade se tient la ceinture comprimée entre les deux mains; abdomen contracté, extrêmement douloureux en tous les points. Température, 38 degrés. Pouls, 100. Toucher rectal négatif.

Opération. — Incision de Jalaguier (pour vérifier intégrité de l'appendice). On constate que certaines anses sont très distendues; d'autres contractées en boyau de poulet; agrandissement de l'incision vers le haut. On trouve l'intestin attiré contre la paroi postérieure par une bride qui le coude en V et qui se dirige vers la colonne. Section de cette bride; l'intestin laisse aussitôt passer les gaz; la bride, assez grosse, s'implantait près du bord mésentérique et sur la face gauche. L'anse, dans son ensemble, est rétractée vers

le rachis; on ne peut l'extérioriser comme une anse normale. La circulation intestinale semblant rétablie, on se contente d'exciter les contractions en aspergeant l'intestin de sérum chaud. On note que l'oblitération siégeait assez haut, que les anses étaient très rouges, très congestionnées, ayant perdu le vernis séreux habituel, mais aucun liquide dans le péritoine; on referme la paroi.

A la suite de l'intervention, aucune amélioration; pas d'évacuation par anus. Le 2 mai, entérostomie; les anses sont agglutinées, rouges; entérostomie sur la première anse qui se présente; abondante issue de liquide intestinal d'odeur infecte.

Mort le lendemain.

Autopsie. — Anses rouges, agglutinées; pas de liquide péritonéal; l'obstacle était levé, mais il y avait une coudure au niveau de l'angle gauche. L'examen de l'anse grêle où siégeait l'occlusion montre : rétraction du méso (moitié moins large que celui des anses voisines) pas épaissi, basse, un peu plus dure et consistante; deux brides vélamenteuses en forme de faux, fines mais solides, se trouvent vers le même point, s'étendant de la convexité de l'anse à la base du mésentère, ne déterminant pas de compression.

Examen des viscères : Symphyse totale des deux plèvres et également du péricarde.

Poumons : Petite caverne du sommet droit (il s'agit d'un processus ancien).

Rien sur les autres organes.

En somme, une bride assez forte déterminant étranglement; à côté, plusieurs autres, plus petites.

Mésentère nettement rétracté, impossible de l'extérioriser.

OBSERVATION XV

FRITCH.

Femme, 32 ans. Ancienne péritonite. Troubles d'occlusion. Opération. Torsion du mésentère qui est épaissi, plaques cicatricielles avec adhérences allant du mésentère à l'intestin. Iléus. Mort quelques heures après l'opération.

OBSERVATION XVI

FRITCH.

Homme, 59 ans. Symptômes d'occlusion intestinale. Laparotomie exploratrice. Le mésentère est transformé en une plaque cicatricielle, dure. Volvulus et torsion de l'intestin du fait de la lésion du mésentère. Détorsion. Mort douze heures après.

OBSERVATION XVII

VIANNAY.

Homme, 58 ans. Entre à l'hôpital, le 19 novembre 1920, pour symptômes d'occlusion intestinale datant de la veille.

On note : abdomen modérément ballonné, vomissements alimentaires.

Pouls, 88 ; assez bon état général, apyrexie.

La cause de l'occlusion reste imprécise.

Hernie inguinale à gauche, ancienne, facilement réductible, point douloureux ; aucune tumeur perceptible à la palpation de l'abdomen, ni au toucher rectal.

Probabilité : squirrhe du côlon.

Les symptômes d'occlusion n'étant point très pressants, l'intervention est différée.

Le 21 novembre, quelques gaz.

Le 22, une selle spontanée.

Le 30, les phénomènes d'occlusion ayant reparu, on intervient.

Laparotomie sous-ombilicale médiane ; la palpation du gros intestin ne permet pas de découvrir d'obstacle : ni tumeur, ni bride, ni coudure ; l'exploration du grêle permet de découvrir, au milieu d'anses dilatées, deux anses atélectasiées.

Après éviscération, on constate qu'il n'y a ni torsion, ni coudure, mais que le mésentère correspondant aux deux anses atélectasiées, c'est-à-dire à une longueur d'intestin de 1 mètre environ, présentait un aspect tout particulier ; il était épaissi, infiltré, œdémateux, par-

couru en certains points de stries blanchâtres, ailleurs semé de taches laiteuses. L'intestin correspondant est uniformément réduit de calibre, mais sans aucun point sténosé. Pas la moindre granulation tuberculeuse, pas d'ascite.

L'opérateur, ne trouvant ni anse à sectionner, ni vice de position de l'intestin à réduire, constatant une perméabilité suffisante du grêle, jugeant qu'une résection de plus de 1 mètre d'intestin était incompatible avec l'état général de son malade, se contenta de refermer purement et simplement l'abdomen.

Suites opératoires, d'abord incertaines, devinrent ensuite franchement favorables. Lavements et purgatifs aidant, l'intestin reprit ses fonctions et l'état général se releva lentement. Un mois après, guérison complète.

OBSERVATION XVIII

BERGÈRE et MOUTIER.

Présentation d'une anse intestinale prélevée à l'amphithéâtre. Le mésentère est rétracté sur son insertion rachidienne, d'une façon très marquée.

Cette rétraction est le fait d'un épaississement fibreux, dur, inextensible, qui se présentait sur la face droite, comme une brèche résistante soulevant la séreuse. La face gauche du mésentère avait en partie conservé sa souplesse.

Cette brèche, haute de 15 millimètres à peine, est assez étroite; au-dessus et au-dessous, le mésentère retrouve son entière souplesse; elle paraît interrompue par un ganglion crétacé de la grosseur d'un pois et se continue au delà par un cordon fibreux jusqu'à la racine du méso, après avoir contourné un deuxième ganglion crétacé. Le reste du méso est normal; il augmente rapidement de hauteur de part et d'autre de la rétraction; il ne présente aucun ganglion.

Aucune adhérence de péritonite chronique, aucun dépoli, aucun épaississement.

Cette brèche détermine une coudure très marquée de l'intestin, par rétraction de son bord mésentérique.

Cette angulation ne semble pas avoir déterminé d'accidents pendant la vie, car il n'existait aucune rétrodilataction de l'intestin.

L'autopsie complète montre un ganglion trachéobronchique caséeux, deux ganglions lombo-aortiques crétacés.

Sommets très adhérents à la plèvre parcourus de trainées scléreuses; le poumon gauche renferme une caverne de la grosseur d'une noisette.

OBSERVATION XIX

DUVERGEY.

Homme, 47 ans. Entre à l'Hôpital auxiliaire n° 5 à Dôle, centre du 3^e secteur chirurgical, après avoir été reconnu malade le même jour, le 17 avril 1918; il arrive avec des symptômes d'occlusion intestinale aiguë.

En 1911, il aurait eu, pendant un mois, une crise « d'entérite » avec coliques et constipation, qui aurait cédé spontanément.

Avant cette époque, jouissait d'une excellente santé.

Depuis cet incident, il était bien portant. Pas de constipation. A été mobilisé en 1914 dans un régiment d'infanterie.

En juillet 1915, étant dans les tranchées, il aurait eu pendant quelques jours des symptômes d'occlusion intestinale subaiguë, avec coliques, ballonnement, constipation. Ces phénomènes n'ont eu une durée que de deux à trois jours et ils ont disparu spontanément. Ces troubles ont d'ailleurs été légers, puisque le malade n'a pas été évacué et est resté sur le front; depuis 1915, les fonctions intestinales étaient régulières.

Le 16 avril 1918, il a quelques coliques abdominales, en même temps que le ventre se ballonne. Dernière selle, le 16 avril au matin; aucune altération de l'état général qui est très bon.

Le 17 avril au soir, l'abdomen est distendu, volumineux, surtout au niveau de la région épigastrique et ombilicale. Quelques anses intestinales se dessinent et se contractent sous la paroi. Pas de défense musculaire. Palpation indolore. Pouls, 88. Température, 36°7. Urines normales. Toucher rectal négatif.

Dans la nuit du 17 au 18, vomissements bilieux; l'entéroclyse est plusieurs fois répétée dans la journée sans succès; un lavage d'estomac ramène des liquides sales en grande quantité; l'abdomen se

météorise davantage. Plusieurs vomissements dans la journée dont un nettement porracé.

Le 18 avril au soir, laparotomie sous-ombilicale avec anesthésie à l'éther.

L'intestin grêle se présente énormément dilaté, rempli de matières. Deux ponctions aspiratrices avec un petit trocart sont effectuées au niveau de deux anses intestinales grêles afin de se donner du jour; 4 litres de gaz et de matières intestinales liquides sont ainsi évacués. Suture au niveau des orifices de ponction; une série de rétrécissements sont constatés au niveau de la dernière anse iliale. Ces rétrécissements cicatriels sont accompagnés de larges cicatrices blanchâtres, nacrées, étoilées, siégeant sur le mésentère rétracté, épaissi, sclérosé; en plusieurs points, ces cicatrices mésentériques attirent et plissent fortement l'intestin grêle, au point d'unir deux anses intestinales et de ne les séparer l'une de l'autre que par une distance de 1 cent. 1/2. Ces cicatrices mésentériques chevauchent sur la paroi intestinale et enserrent celle-ci de façon à diminuer considérablement le calibre du grêle. Dans ces conditions, un anus contre nature est aussitôt pratiqué sur le grêle, en amont des lésions; un gros tube de caoutchouc est introduit dans le bout supérieur de l'intestin.

Malgré les injections de sérum glucosé, d'huile camphrée, etc., les lavages par le bout supérieur, le malade meurt le 20 avril, à 12 h. 15, dans le collapsus.

A l'autopsie, on constate, au niveau de la dernière anse de l'iléon, une mésentérite rétractile, cicatricielle, avec séries de rétrécissements de l'intestin. L'intestin grêle est perméable aux liquides : ce sont les coutures, les plicatures dues à l'action rétractile du mésentère qui ont déterminé l'occlusion (V. fig. p. 21).

Le foie est adhérent, sur toute sa surface convexe, par une véritable symphyse ancienne; les côlons ascendant et transverse, le grand épiploon sont adhérents; adhérences anciennes pleurales.

En résumé, mésentérite rétractile accompagnée de rétrécissements de la dernière anse de l'iléon et localisée à la portion correspondante du mésentère. Ce sont les lésions de sclérose mésentérique qui dominent dans ce cas; les cicatrices intestinales portaient du mésentère pour étreindre l'intestin dont la lumière était rétrécie, mais perméa-

ble ; il semble que les plicatures secondaires, les coudures auxquelles ont été soumises les anses grêles, aient déterminé en grande partie l'apparition de l'occlusion aiguë. Ces lésions cicatricielles ne paralysent, dit l'opérateur, être de nature tuberculeuse comme en témoignent les adhérences relevées au niveau de la plèvre, du foie, etc. Toutes ces lésions bacillaires ont évolué progressivement, insidieusement, à peine indiquées par quelques troubles passagers, sans altérer l'état général resté bon.

Elles ont abouti à l'occlusion aiguë, après cicatrisation.

Il est certain que si ce malade avait été étudié de plus près, s'il avait été radioscopé avant son occlusion, on aurait peut-être pu éviter la terminaison fatale par la résection des lésions intestinales qui étaient localisées.

OBSERVATION XX

ABADIE.

Homme, 43 ans. Entre, le 5 septembre 1918, au Val de Grâce, avec syndrome d'occlusion intestinale. Depuis sa jeunesse, hernie inguinale gauche.

Le 31 août, après un violent effort, vive douleur abdominale ; depuis lors, plus de selle. A son entrée, ventre ballonné, tendu, quelques hoquets. Température, 39°4. Pouls, 80. Sujet affaibli, amaigri. Au toucher rectal rien dans l'ampoule ; on sent une résistance plus haut située, vers le promontoire, à droite ; mais cette masse imprécise est mobile. Rectoscopie : pas de tumeur visible.

Diagnostic probable : tumeur de l'anse sigmoïde, mais le cadre colique n'étant point nettement dessiné, on décide d'explorer par une laparotomie avant de faire, si besoin est, un anus contre nature ou une extériorisation.

Opération le 6 septembre. — Rachinéocaïne, 8 centigrammes ; laparotomie médiane sous-ombilicale, ascite ; le grêle apparaît dilaté, violacé, plusieurs anses agglomérées. On décolle aisément le plus grand nombre, mais à mesure qu'on progresse méthodiquement vers le cæcum, les adhérences sont de plus en plus serrées, accolant

étroitement les branches d'une même anse maintenues en V étroit ou plusieurs anses voisines. Ces adhérences se présentent sous la forme de nappes blanchâtres, vernissées, tapissant et nivelant les replis de l'intestin, qui paraît recouvert par places d'un enduit épais, blanc, régulier.

En outre, le mésentère, épaissi, rétracté inégalement, détermine des coudurès intestinales. En un point de l'épiploon, également rétracté et adhérent, part une bride longue, aboutissant à la face antérieure du sacrum, où elle est fixée et qui, passant par-dessus le grêle, étrangle ce dernier contre le promontoire; jusque-là, malgré ses adhérences, le grêle est distendu. Au delà, il est aplati, et ses anses agglomérées sont plus étroitement accolées jusqu'au cæcum. Épiploon adhérent au côlon descendant.

La bride est sectionnée pour rétablir le cours des matières; les anses sont décollées et débarrassées le mieux possible, à la compresse ou à la pince, des nappes blanches qui les recouvrent; celles-ci enlevées, la surface de l'intestin paraît dépolie et piquetée de rouge.

Par section du feuillet péritonéal superficiel rétracté, le mésentère reprend assez aisément sa longueur normale. Il semble donc que c'est le péritoine lui-même qui est le siège de l'épaississement et de la rétraction.

On vérifie au serum chaud la contractilité de l'intestin. Sa distension gênant la remise en place, ponction au bistouri sur une des anses extériorisées, la plus déclive, puis pointés en bourse pour fermer l'orifice.

On note : petit foie à surface lisse, blanchâtre, par épaisseur de la capsule.

Suites d'abord encourageantes : gaz, selles abondantes. Température, 37 degrés. Pouls, 110. Wassermann négatif. État général s'aggrave. Décès le 13 septembre. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XXI

ABADIE.

Jeune fille, 15 ans. A toujours joui d'une bonne santé; appelle le docteur le 10 janvier 1922, parce que, depuis quatre à cinq jours,

douleurs abdominales avec coliques. Déjà, il y a quelques semaines, mêmes phénomènes passagers. On a d'abord pensé à de l'entérocélite ; mais, depuis deux jours, pas de selles. Ventre ballonné. Température, 38 degrés. Pouls, 112. On fait belladone, huile camphrée, enveloppements humides du ventre et des reins. Amélioration, puisque le 13 janvier : température, 37 degrés ; pouls, 100 ; douleurs amendées ; on obtient même une selle liquide. Cependant, le ballonnement persiste et s'accroît. Vomissements, selles rares, peu abondantes, coliques violentes. Température, 38°5 le 14 ; 38°7 le 15 ; 40 degrés le 16 et pouls, 123. On fait deux examens radiologiques :

1° Repas baryté : douze heures plus tard, on en constate dans le côlon, mais également distension considérable des anses grêles avec liquide mobile dans ces anses ;

2° Lavement opaque. Tout le côlon se remplit. Entre les anses, liquide ascitique, pas d'occlusion vraie. Tout le tube digestif est parcouru par la baryte. L'existence de l'ascite fait porter le diagnostic de péritonite tuberculeuse aiguë, car, dix-huit mois après la naissance de l'enfant, le père a été opéré d'une épididymite tuberculeuse. Réaction de Vernes négative chez l'enfant et le père.

Opération le 17 janvier 1922. — Éther, Ombredanne, laparotomie médiane sous ombilicale ; ascite très abondante, légèrement sanguinolente. La masse des anses intestinales fait issue ; elles sont violacées, distendues ; à travers leur paroi amincie, on voit les flots de liquide qu'elles contiennent, en même temps que des gaz. Extériorisation rapide dans une grande compresse imbibée de sérum chaud. On arrive ainsi à la cause de l'occlusion. Sur au moins 1 mètre d'étendue avant d'arriver au cæcum, l'intestin grêle est le siège des déformations suivantes : plis et coudures aiguës par rétraction irrégulière du mésentère épaissi par places avec véritables bandes rétractiles ; anses grêles agglomérées sur lesquelles adhérences en nappes blanches, nacrées qui les accolent et les nivellent ; calibre du grêle devenant ainsi irrégulier, tantôt normal, tantôt rétréci sous les nappes épaisses ; on ne retrouve pas d'abord de cæcum ni de côlon. Les nappes du péritoine, épaisses, confluentes, continues, masquent complètement tout le gros intestin ; il faut arriver jusqu'au côlon pelvien pour trouver un segment côlique à peu près libre et de cali-

bre permettant une anastomose. On libère 50 centimètres environ d'iléon qu'on débarrasse des néomembranes adhérentes et le long duquel on donne au mésentère sa longueur normale en sectionnant longitudinalement le feuillet péritonéal supérieur.

Iléo-sigmoïdostomie latéro-latérale avec le côlon pelvien mobilisé à grand'peine et de calibre encore étroit ; évacuation, par une muquectomie au bistouri, du liquide contenu dans les anses intestinales distendues.

Point en bourse, sérum chaud, réintégration de l'intestin, fermeture sans drainage. Mort la nuit suivante.

OBSERVATION XXII (inédite).

Recueillie dans le service de M. le professeur DUVERGEY.

Jeune homme, 22 ans, charpentier. Entre à l'hôpital le 14 juin, parce que son ventre a considérablement grossi (depuis quatre ans) et qu'il lui est maintenant difficile de continuer son travail dans de telles conditions.

Il y a quatre ans, a été soigné pour une maladie de cœur. Jambes enflées, lassitude générale, essoufflement au moindre effort, inappétence. Après traitement, amélioration, cependant ne recouvre jamais totalement ses forces ; à cette époque, rien du côté de l'intestin, sauf quelquefois un peu de diarrhée : deux à trois selles par jour ; à ce moment, il s'aperçoit que son ventre enfle peu à peu d'une façon indolore, et que cette augmentation de volume est sensiblement plus marquée après les repas. Pas de vomissements, pas de constipation.

Au mois de mai 1919, on lui fait une ponction et l'on retire une douzaine de litres de liquide ; au bout de vingt jours, son ventre est aussi volumineux ; pendant ce laps de temps, appétit légèrement diminué, puis la situation semble se stabiliser jusqu'en janvier 1920, époque à laquelle on lui fait une deuxième ponction, on retire à peu près la même quantité de liquide ; trois semaines après, le ventre a repris le volume qu'il avait avant la ponction.

Le malade travaille, a bon appétit, son ventre augmente insensiblement jusqu'au jour où il se décide à entrer à l'hôpital.

Son ventre est plus gros que lors de la dernière ponction. Selles très normales. Dans ses antécédents, nous notons : chez la mère (morte des suites de couches), une pleurésie; chez lui, la rougeole à 4 mois; à 7 ans, une affection pulmonaire sur laquelle il ne peut donner aucun renseignement.

En 1920, abcès froid de la région dorsale du poignet gauche, traité par ponctions et injections de liquide modificateur. Pas de maladie vénérienne avouée. Pas d'habitudes éthyliques.

A l'entrée, nous notons un ventre énorme, étalé sur les flancs (ventre de batracien), ombilic saillant; pas d'arborisation veineuse. Teint subictérique des téguments de la région abdominale, que l'on retrouve au niveau des conjonctives. Varicosités sur les bourses. Pas d'œdème des membres inférieurs.

A la palpation, nette sensation de ballonnement.

A la percussion, matité dans les flancs, sonorité dans la région médiane; dénivèlement; onde facile à déterminer.

Appétit conservé, pas de diarrhée, pas de constipation.

Énorme déformation de la poitrine, en tronc de cône à base très élargie, appendice xyphoïde pointant vers l'avant.

L'examen du cœur ne décèle rien d'anormal, l'examen des poumons non plus, ne tousse pas.

Wassermann négatif.

Opération le 16 juin 1922. — Éther, laparotomie médiane sous-ombilicale; petite ouverture; il sort une trentaine de litres d'un liquide légèrement teinté brun. On parvient, malgré une résistance postérieure assez considérable, à amener trois anses jusqu'à la paroi antérieure. Cette résistance était produite par une rétraction en masse du mésentère. Celui-ci présente les lésions typiques de mésentérite sclérosante et rétractile, cicatrices étoilées, de 1 centimètre environ de rayon, blanches, nacrées, quelques-unes opalescentes, en formation, semble-t-il.

A la surface du mésentère, on remarque la présence de petites tumeurs kystiques, demi-sphériques, en forme de « demi-grain de raisin », visibles surtout à jour frisant, laissant échapper un peu de liquide à la ponction, sortes de petits kystes séreux, dus peut-être à l'étranglement des capillaires lymphatiques par le processus scléreux, et à leur dilatation entre deux étranglements.

Quelques granulations sur le mésentère et les anses intestinales.

Une fausse membrane, libre, flottant dans l'abdomen, que l'on sectionne, est envoyée à l'examen anatomo-pathologique, ainsi que quelques petits kystes plus haut signalés.

On va palper la face inférieure du foie qui n'offre rien de particulier. On referme avec drainage.

Le lendemain de l'opération, émission de quelques gaz; deux jours après une selle, puis deux le jour suivant. Le drain est enlevé le cinquième jour.

Au 27 juin, état satisfaisant, le liquide ne s'est pas reproduit. Examen du liquide contenu dans l'abdomen :

Polynucléaires, 4 p. 100;

Moyens mononucléaires, 1 p. 100;

Cellules macrophages, 14 p. 100;

Cellules, 6 p. 100;

Lymphocytes, 75 p. 100.

Assez nombreuses hématies, dont quelques-unes nucléées.

Pas de microbes à l'examen direct.

Il semble bien s'agir là d'un épanchement tuberculeux.

Examen des petits kystes et de la fausse membrane, fait dans le laboratoire de M. le professeur Sabrazès :

Kystes : Parois fibrohyalines à faisceaux parallèles réguliers. Le revêtement cellulaire est tombé, on n'en trouve pas trace. Très peu d'éléments cellulaires. Kystes séreux probables.

Fausse membrane : Fibrineuse, formant des sortes de mailles dans les cavités desquelles on voit les éléments cellulaires suivants : grandes cellules polyédriques du type endothéliforme, parfois groupées en placards, parfois à l'état dissociées, parfois vacuolisées; peu de lymphatiques.

OBSERVATION XXIII

A. PARCELIER et J. MANGÉ (Société anatomo-clinique, 22 mai 1922).

Homme, 63 ans. Entre à l'hôpital, le 3 juin 1922, pour une hernie inguinale gauche étranglée.

Dans les antécédents, on ne relève comme faits intéressants que

les suivants : A été opéré, en 1912, pour une hernie inguinale gauche étranglée. En 1919, survient, au niveau de la hernie inguinale droite, un syndrome d'étranglement herniaire, mais l'opération, pratiquée par le docteur Loubat, montre qu'il s'agit en réalité d'une trombose mésentérique portant sur la partie terminale de l'intestin grêle, à 10 centimètres environ de l'abouchement iléo-cæcal. Le segment thrombosé, qui mesure une dizaine de centimètres environ, est réséqué, et la continuité de l'intestin rétablie par une suture termino-terminale. Guérison. Le malade ne présente aucun trouble intestinal appréciable, jusqu'au jour où sa hernie inguinale gauche s'étrangle de nouveau. Notons que la hernie inguinale droite s'est reproduite, que la paroi abdominale du malade est dépourvue de toute tonicité musculaire. Véritablement « en ruines », interdit tout espoir de cure radicale solide et durable.

Le 3 février 1922, sous rachi-anesthésie, cure radicale de la hernie inguinale gauche étranglée. L'intestin hernié est sain. Fermeture de la paroi en un plan au fil d'argent. Suites normales, jusqu'au 18 février (quinzième jour après l'opération), lorsque, ce jour-là, il accuse de violentes douleurs au-dessous de l'ombilic, douleurs qu'il compare à des coliques. Depuis deux jours, il n'a pas été à la selle et depuis la veille il n'a pas rendu de gaz par l'anus.

L'abdomen est un peu ballonné et au-dessous et à droite de l'ombilic, on voit des contractions intestinales. En face de ce syndrome d'occlusion, on décide d'intervenir. Laparotomie médiane sous rachi-anesthésie (12 centigrammes de syncaïne, après avoir retiré 20 cc. de liquide céphalorachidien). Les 10 derniers centimètres du grêle ont un aspect blanchâtre, ils sont parsemés de taches laiteuses; la paroi, à la palpation, paraît épaissie. Au niveau des 3 derniers centimètres, juste avant la valvule iléo-cæcale, on note un rétrécissement tubulaire donnant à l'intestin le volume d'un gros crayon, et à la palpation la consistance d'un tube de caoutchouc plein. Le mésentère correspondant à cette zone est épaissi, scléreux, parsemé des étoiles blanchâtres caractéristiques de la mésentérite rétractile. Immédiatement au-dessus de cette anse, le grêle est très augmenté de volume, se contracte violemment pendant les manipulations opératoires. Cæcum souple et aplati. Entéroanastomose entre anse dilatée et cæcum.

Fermeture. Guérison. Depuis, aucun trouble intestinal.



CONCLUSIONS

I. La mésentérite rétractile constitue une affection relativement rare. Nous n'avons pu en réunir que 23 observations (dont une inédite), la plupart publiées depuis l'appel de Mauclaire en 1920.

II. La pathogénie en est très discutée. Nous nous y sommes attardé : occlusion ou malformation congénitale du grêle ; péritonite tuberculeuse en voie de guérison ou fibreuse d'emblée ; péritonite simple localisée ; péritonite syphilitique ; artérites de diverses origines ; artériosclérose ; mésentérites aiguës ; kystes hématiques ; névroses intestinales ; plaies du mésentère ; étranglement herniaire ; phlegmons et appendicites mésentériques.

Nous insistons sur ce fait, que cette mésentérite rétractile est l'aboutissant cicatriciel de lésions extrêmement variées.

III. Deux types (l'un dû à la syphilis, l'autre à la tuberculose, avec certains caractères communs), deux formes (suivant que la lésion siège sur tout le mésentère ou seulement en un point). Prédominance des lésions vers la terminaison du grêle (nous avons essayé d'en donner la raison anatomique), cicatrices étoilées, caractéristiques, absolument symptomatiques de la lésion, nacréées ou bien opalines, en formation. A la surface du mésentère, petits kystes séreux dus à l'étranglement, par le processus scléreux, des vaisseaux lymphatiques.

Du reste, lésions pas limitées au mésentère, mais lésions intestinales concomitantes.

IV. Le diagnostic est impossible, il ne peut se faire qu'à l'autopsie ou sur la table d'opérations, lorsque le malade y est conduit par une des deux complications : occlusion intestinale ou infarctus.

V. Le traitement est celui des complications : entéroanastomose, entérostomie, mieux, résection.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,* *Le Président,*
D^r C. SIGALAS. M. DENUCÉ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 6 juillet 1922.

Le Recteur de l'Académie,

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE (J.). — *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1922, p. 806.
- BENHAM. — Case of contracted mesentery simulating tumour in cirrhosis of liver. *Transactions of the clinical Society of London*, 1895, p. 226.
- BÉRARD. — Hématomes du mésentère. Thèse de Paris, 1888-1889.
- BERGERET et MOUTIER. — Coudure de l'intestin par rétraction du mésentère. Société anatomique de Paris, 1921, p. 24.
- BLANCHET. — Névroses intestinales. Thèse de Paris, 1901-1902.
- BOSQUETTE. — Torsion massive du mésentère. Société de médecine et de pharmacie de l'Isère, 22 octobre 1912, in *Presse médicale*, 1913, p. 134.
- BRIZARD. — Lésions anatomo-pathologiques du péritoine dans la syphilis viscérale. Thèse de Paris, 1917-1918.
- CLAISSE et ABRAMI. — Embolies mésentériques. *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1905.
- DUVERGEY. — *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1922, p. 2.
- FAUJAS. — Des péritonites plastiques adhésives d'origine tuberculeuse. Thèse de Lyon, 1919.
- FERRON. — Sur un cas de mésentérite avec atrophie de la partie correspondante du grêle. *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1920, p. 944.
- FRITCH. — *Centralbl. f. chir.*, 26 mars 1921.
- GOUGUET de GIRAC. — Plaies du mésentère. Thèse de Paris, 1917-1918.
- JOSUÉ. — Traité de l'artériosclérose.
- KRYNSKI. — Cirrhose du mésentère. *Gazette Lekarska*, 1920, in *Presse médicale*, 1913, p. 734.
- LAGANE. — Les artérites intestinales. Thèse de Paris, 1911-1912.

- LARDENNOIS et OKINCZYK. — *Bulletins de la Société anatomique*, janvier 1910, p. 17.
- LETULLE. — Péritonite syphilitique. *Bulletins de l'Académie de médecine*, 1918, p. 211, et *Presse médicale*, 1918, p. 477.
- MAUCLAIRE. — *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1920, p. 1051; *Gazette des hôpitaux*, 1922, p. 293; *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1922, p. 845.
- MAUCLAIRE et ALGLAVE. — Un cas de péritonite tuberculeuse ancienne fibreuse chez un nouveau-né âgé de 6 jours. *Bulletins de la Société anatomique*, 1899, p. 1057.
- MURARD. — *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1920, p. 1281.
- RIEDEL. — Mitteilung aus den Grenzgebieten der Mediz und Chir., 1897, Bd II, p. 529.
- ROCHET et WERTHEIMER. — Quelques considérations anatomo-pathologiques et pathogéniques, à propos de trois cas d'occlusion congénitale du grêle. *Lyon chirurgical*, 1920, p. 568.
- ROQUES. — Kystes hématiques du mésentère. Thèse de Lyon, 1899-1900.
- ROUSSEL. — Infarctus hémorragiques de l'intestin consécutifs aux thrombo-phlébites mésentériques. Thèse de Paris, 1905-1906.
- SCARPA. — Traité des hernies, p. 8.
- TENANI. — *Il morgagni*, décembre 1913.
- TILLAUX. — Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie, p. 730.
- VIANNAY. — *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1921, p. 704.

